

Linda Anderson

TERAPEUTKA GRUPOWA W CIĄŻY.

THE EXPERIENCE OF BEING A PREGNANT GROUP THERAPIST.

keywords: psychotherapy, pregnant therapist, group psychotherapy

słowa klucze: psychoterapia, terapeutka w ciąży, psychoterapia grupowa

Streszczenie:

Artykuł ten omawia wpływ, jaki ciąża terapeutki wywiera na grupę terapeutyczną. Naświetla poruszane zagadnienia, zaistniałe reakcje przeniesieniowe, oraz uczucia przeciwprzeniesieniowe, które wkraczają w analityczne myślenie terapeutki. Materiał kazuistyczny i proces grupowy są spostrzegane w kontekście opublikowanej literatury przedmiotu, tworząc wspólne podłoże dla indywidualnych i grupowych reakcji na przerwanie realności życia terapeuty w układzie terapeutycznym. Potwierdzone zostało powszechne mniemanie, że materiał ten może być zanalizowany z pożytkiem i zastosowany ku ogólnej korzyści pacjentów w terapii grupowej.

Ciąża przynosi zmianę, zarówno dla samej kobiety, jak i dla osób ją otaczających.

Przed wszystkimi zaangażowanymi staje konieczność pracy nad integracją uczuć, a uczucia te są zarówno negatywne, jak i pozytywne. Ciężarna kobieta musi ponownie zweryfikować zakres swoich obowiązków i styl życia. Osoby z jej otoczenia będą reagować na jej zmieniającą się rolę, jak również doświadczać, co to nowe dziecko będzie dla nich osobiście znaczyło. Gdy zdarzy się, że kobieta jest analityczką grupową, ciąża wpływa na relację terapeutyczną istniejącą między nią a jej pacjentami w realności, oraz jest także odzwierciedlana w relacji przeniesieniowej celowo rozwijanej i analizowanej w terapii.

W artykule tym opisuję niektóre doświadczenia i wnioski dotyczące mojej własnej ciąży, w której byłam podczas samodzielnego prowadzenia cotygodniowej grupy pacjentów ambulatoryjnych według zasad analizy grupowej. Podkreślam tematy grupowe, które moim zdaniem pojawiły się z powodu mojej ciąży i dokonuję obserwacji poszczególnych procesów, które występowały w grupie lub w podgrupach. Moje własne odczucia dotyczące bycia w ciąży i moje uczucia przeciwprzeniesieniowe są, jak myślę, ważne i mają wpływ na to jak grupa zareagowała na to wydarzenie.

Przegląd literatury

Gdy prowadziłam omawianą grupę w 1980 roku, brak było literatury na ten temat, być może dlatego, że niewielu analityków-psychotherapeutów miało własne rodziny lub nie uważano, że trzeba ten temat wziąć pod uwagę. Ciągłe jest względnie mało artykułów napisanych specjalnie na temat doświadczenia prowadzących grupę podczas ciąży. Większość literatury, do której się odnoszę, jest napisana przez terapeutki indywidualne na temat wpływu ich ciąży na leczenie pacjentów w terapii indywidualnej.

Hannett [1] opisała reakcje przeniesieniowe grupy pacjentów analitycznych powstałe w odpowiedzi na jej nieobecność spowodowaną poronieniem. Zaobserwowała, że każdy pacjent odpowiadał na wydarzenie według swojej psychopatologii i relacji przeniesieniowej, jaka już rozwinęła się w związku terapeutycznym. Odkryła, że pacjenci, którzy szczególnie reagowali w swoim życiu na wydarzenie najbardziej zbliżone do wydarzenia w jej życiu, byli tymi, którzy mieli najbardziej specyficzne reakcje przeniesieniowe i uzyskiwali najwięcej korzyści terapeutycznych z tego doświadczenia. Ci pacjenci także pokazali wyraźniej libidinalne przeniesienie.

Lax [2] pisze o wyrazie przeniesienia i przeciwprzeniesienia spowodowanym przez jej ciążę. Po opisanu historii przypadków konkluduje, że istniała różnica w reakcji pacjentów neurotycznych i pacjentów z rozpoznaniem borderline, ci ostatni bowiem reagowali z większą intensywnością i byli bardziej skłonni do acting outu konfliktu, mając więcej trudności w różnicowaniu między przeniesieniem a rzeczywistością. Zaobserwowała także różnicę między reakcjami pacjentów i pacjentek. Ci pierwsi używali zaprzeczania i izolacji jako obrony przed uznaniem sobie ciąży.

Autorka wspomina o uczuciach przeciwprzeniesieniowych i potrzebie analityka uświadomienia sobie potężnej zazdrości doświadczanej przez pacjentów. Na końcu przyznaje, że ciąża istotnie wkracza w relację terapeutyczną, lecz terapeutka może funkcjonować jako >>optymalny ekran projekcyjny<< i interpretować przeniesienie w zwykły sposób.

Paluszny i Poznanski [3] opisują na podstawie analizy przypadków różne reakcje na ciążę terapeutki. Dzielią te obserwacje na trzy grupy sugerując, że ilustrują one różne sposoby, w jakie poszczególne osoby korzystają z tego doświadczenia. Pierwsza grupa ilustrowała próby pacjentów rozwiązania konfliktów dziecięcych przez ponowne przeżywanie ich w relacji z ciężarną terapeutką. Druga grupa ukazywała różnorodność reakcji obronnych. Trzecia grupa była zdolna nowe doświadczenie i uczucia wywołane przez ciążę terapeutki wintegrować w terapię, zyskując nowy wgląd i korzyści terapeutyczne. Autorki przyznają, że w postawie terapeutki zachodzi zmiana. W miarę upływu czasu ciąży, obserwowały tendencję do wycofywania się i mniej zaangażowana intelektualnego w pracę.

Benedek [4] naświetla problem poprzez badanie reakcji personelu na ciążę terapeutki. Opisuje ona lęki i zaabsorbowanie, występujące w teamie terapeutycznym, oraz to jak pomagała personelowi uświadomić sobie te uczucia, umożliwiając im bardziej efektywne zajmowanie się wspólnymi pacjentami.

Nadelson i współpracownicy [5] dokonują przeglądu literatury i omawiają powiązanie ciąży terapeutki z sytuacją terapeutyczną. Podkreślają jak ważne jest dla terapeutki dojścia do ładu z jej większą podatnością na zranienie, integracją roli oraz z problemami zależności, zarówno wobec kolegów, jak i wynikającymi z rozpoznania i zrozumienia swoich uczuć przeciwprzeniesieniowych wobec pacjentów. Autorzy zauważają, że ciąża budzi infantylne uczucia, intensyfikuje przeniesienie macierzyńskie i wzbudza wewnętrzne konflikty seksualne w pacjentach. Jednakże, jeżeli terapeutka stanie się świadoma swojego zmieniającego się postrzegania, konfliktów i potrzeb, będzie w stanie umożliwić pacjentom wykorzystanie doświadczenia jej ciąży i uzyskanie celów terapeutycznych.

Breen [6] porównuje tematy i uczucia wywołane przez swoją ciążę jako koterapeutki w grupie i jako psychoterapeutki indywidualnej. Pisze, że pacjenci indywidualni poświęcali uwagę zagadnieniom deprivacji i dzielenia się, podczas gdy grupa skupiała się na problemach seksualności i tożsamości seksualnej. Istniał podział w grupie na mężczyzn i kobiety, z mężczyznami tworzącymi podgrupy homoseksualne. Widoczne było także rozszczepienie terapeutki na dobrą - aseksualną i złą - rozwiązałą matkę, a Breen skojarzyła to z prymitywnymi mechanizmami, które Bion opisuje jako "przekonania podstawowe"; ciężarna terapeutka staje się symbolem "prymitywnego obiektu częściowego" podczas gdy terapeutka indywidualna jest "całym" rodzicem.

W rozdziale książki poświęconym wszystkim aspektom ciąży i narodzin, Barbanel [7] rozważa ciążę terapeutki. Potwierdza ona, że jest bardzo ważne dla ciąży, by "zająć się nią" w sytuacji terapeutycznej. Odmienne od innych autorów poświęca ona uwagę możliwym negatywnym rezultatom doświadczenia, do czego odniosę się później.

Tematy grupowe

Po powiadomieniu o mojej ciąży częściej pojawiały się tematy opieki macierzyńskiej i jej utraty. Początkową reakcją grupy było identyfikowanie się z potrzebami dziecka, by poradzić sobie z uczuciami odrzucenia. Natychmiastową reakcją jednego z mężczyzn było powiedzenie, że on, oczywiście, rozumie, że chciałabym być z moim dzieckiem. Na następnej sesji jedna z pacjentek okazała swą troskę stwierdzeniem, że proponowana pięcioletniogodniowa przerwa, gdy dziecko się urodzi, jest zbyt krótkim czasem na pozostanie z nim. Oba komunikaty sugerowały, że nie mogłabym w tym samym czasie być matką mojego nowo narodzonego dziecka i dbającą o grupę

terapeutką. Uczucia wiązały się ze wspomnieniami, tworząc powiązania z aktualnym doświadczeniem opieki macierzyńskiej członków grupy. Wyrażali rozczarowania, doświadczane i niesione w sobie od dzieciństwa i byli zdolni rozpoznać rodzaj opieki matczynej, której potrzebowali w grupie, szczególnie od terapeutki. Grupa była widziana jako bezpieczne, ciepłe miejsce do przebywania, lecz pojawiło się uczucie lęku, że mogłoby ono zostać utracone, gdy potrzeby mojego dziecka staną się bardziej naglące. Lęk ten powodował uczucie gniewu, a zmartwienie, że już niedługo zostaną przeze mnie opuszczeni przeszło w prawdziwe przerażenie, chociaż potrzebowałam interpretacji wprost, by spowodować bezpośrednio wyrażenie tych uczuć. Strach przed utratą grupy i ewentualnym odrzuceniem przeze mnie na rzecz mojego dziecka, spowodowały wiele refleksji nad przeszłymi doświadczeniami urodzenia się młodszego rodzeństwa i nad tym jak ten nowy członek rodziny zastępował starsze dziecko, od którego oczekiwano odpowiedzialnego zachowania i miłości wobec intruza.

W tym okresie terapii zawiść i zazdrość były wyrażane wiele razy, zawiść o mnie i moją zdolność bycia kreatywną i posiadania własnego dziecka, i zawiść o szczególne miejsce, jakie dziecko będzie zajmowało w rzeczywistości dla mnie, jak również jako obiekt fantazji w grupie. Z pomocą, uczestnicy grupy byli w stanie popatrzeć na to w rozumieniu dziecięcych części ich samych oraz tego jak ich pragnienie posiadania dziecka mogłoby być widziane jako obronny sposób radzenia sobie z ich zależnością od innych, szczególnie w grupie. Jackel [8] zaobserwował, że pacjenci stojący w obliczu przerwania terapii nierzadko mieli fantazję pragnienia dziecka w celu poradzenia sobie z lękami separacyjnymi. Autor widzi to jako zjawisko preedypalne. Jest wątpliwe czy to zjawisko było obecne w procesie grupowym w czasie mojej ciąży, jak również jest niejasne czy pragnienia członków grupy bezpośrednio wiązały się z ich zazdrością i czy były wyrażane przez identyfikację.

Szczególnie u mężczyzn wystąpiły problemy seksualne a konkretnie lęki dotyczące ich tożsamości seksualnej oraz potencji. Rozważano je w świetle brania odpowiedzialności za rzeczywiste bycie ojcem, co prowadziło do spojrzenia na ich relacje z własnymi ojcami, możliwość identyfikować ze swoimi realnymi fantazjowanymi lękami przed tym, co mogliby rzeczywiście przekazać genetycznie potomstwu (ojciec jednego z mężczyzn był chronicznym schizofrenikiem, inny mężczyzna był nieślubnym dzieckiem i fantazjował, że ojciec był sadystycznym gwałcicielem). Jednej z pacjentek obszar ten dał sposobność przyjrzenia się możliwości ponownego zajścia w ciążę, która smutno zbiegała się z jej laserowym leczeniem raka szyjki macicy. Była ona w stanie spojrzeć na swój żal i smutek, że jej jedyne doświadczenie macierzyństwa zostało zepsute przez to, że opuściła swojego syna, gdy odkryła, że nie może już dłużej kontynuować swojego małżeństwa. Próbowała teraz nawiązać nową relację z urażonym dorastającym chłopcem.

Podział według płci

Jedną z najbardziej godnych uwagi obserwacji w moim doświadczeniu grupy były różne reakcje mężczyzn i kobiet. Mężczyźni okazywali niewiele jawnych reakcji na moją ciążę, poza przyjęciem postawy bardziej ochraniającej wobec mnie oraz, jak sądzę, unikaniem wyrażania swojego gniewu wprost. Myślę, że jeśli chodzi o gniew, był wyrażany przez nieobecności w grupie lub przemieszczany na innych członków. Stałam się idealizowaną postacią matki, którą zbyt trudno było bezpośrednio zaatakować. Obrony w postaci zaprzeczania i izolacji, zaobserwowane przez Lax [2] nie zaistniały, chociaż tak jak w jej przypadku "pacjenci mężczyźni byli względnie ubodzy w wypowiedziach". Zagadnienia tożsamości seksualnej, zauważone przez Breen [6], występowały w zamaskowanej formie, która odsłaniała się zaraz po narodzinach dziecka, gdy wznawialiśmy terapię.

Kobiety w grupie reagowały przez identyfikowanie się ze mną i z dzieckiem. Były także w stanie spojrzeć na swoją zazdrość o moją ciążę i swoją zawiść wobec nienarodzonego dziecka i zobaczyć, że uczucia te mogły zagrażać ich relacji ze mną i z grupą. Dla jednej z kobiet było to połączone w udany sposób z jej uczuciami odnośnie narodzin każdego młodszego rodzeństwa w jej własnym dzieciństwie i z tym jak radziła sobie, stając się "małą pomocnicą mamy". Stała się bardzo zatroskana, gdy tylko zauważyła, że wyglądam na zmęczoną lub kiedy spuchły mi stopy, a później na ostatniej sesji była w stanie wypowiedzieć swoje lęki dotyczące mojej śmierci przy porodzie. Jej gniew wydawał się krążyć wokół zagadnienia wyprowadzenia jej w pole przez mnie i tego, że nieodpowiedzialnie naraziłam jej terapię zachodząc w ciążę. Jednak ku mojemu zaskoczeniu wyraziła ona całkiem silny żal z powodu końca mojej ciąży, gdy powiedziała, że czuje utratę dzielonego, jak powiedziała "grupowego dziecka", które po urodzeniu zostanie zabrane poza granice grupy.

Reakcje pacjentów borderline

Reakcja jednego z członków grupy, około 30-letniego homoseksualisty z osobowością borderline, była jakościowo różna od przejawianej przez innych członków grupy, którzy mieli nerwicowe trudności osobowościowe. Miał on trudność w powstrzymywaniu i w wyrażaniu uczuć, co uzewnętrzniało się przez złą frekwencję i zewnętrzne uwikłania z innymi członkami grupy a także z innymi profesjonalistami. Jego przeniesienie na mnie i na moje nienarodzone dziecko, wydawało się wnosić ważne aspekty tożsamości seksualnej, krążące wokół jego przekonania, że przez posiadanie własnego dziecka byłby w stanie jakoś poradzić sobie z potrzebującą dziecięcą częścią siebie. Jacobson [9] w opisie rozwoju pragnienia posiadania dziecka u chłopców, przypisuje to bardzo wczesnemu stadium preedypalnego, a tylko od udanego rozwiązania edypalnego konfliktu zależy, czy chłopiec wyrzeknie się swojej identyfikacji z ciężarną matką na rzecz identyfikacji z

rolą rodzicielską ojca. Dwoma głównymi przeszkodami do zakończenia tego zadania rozwojowego są po pierwsze lęk kastracyjny, a po drugie narodziny młodszego rodzeństwa. Istniały one i były wysoce sporne dla omawianego mężczyzny a także znalazły odzwierciedlenie w jego przeniesieniu na mnie przez identyfikację z obrazem mojego ciężarnego ciała i chęcią identyfikacji z tym co czuję, jako oczekująca matka. Jednak trudność w przepracowaniu tych uczuć wydawała się być związana z jego niezdolnością spojrzenia w jakikolwiek inny niż konkretny sposób na swoje fantazje o dziecku. Tak więc utknął on w miejscu z pragnieniem posiadania dziecka i bardzo autodestrukcyjną zazdrością.

Pacjent ten popełnił samobójstwo w czasie przerwy w terapii, natychmiast po kłótni ze swoim przyjacielem. Powód tego aktu destrukcji nigdy nie będzie naprawdę znany, ale uważam, że były różne składające się na to czynniki, które można zidentyfikować. Poza wieloma różnymi problemami zewnętrznymi, które znajdowały się na widnokręgu, czynnikami odnoszącymi się do tego artykułu była jego relacja z grupą i ze mną.

Sandler i wsp. [10] opisali erotyzowane przeniesienie pacjenta z pogranicza, podkreślając, że pacjent jest niezdolny do używania terapeuty "jak gdyby" był on lub ona rodzicem, ale zamiast tego zachowuje się jakby terapeuta (i grupa w tym przypadku), mogli stać się rodzicem w rzeczywistości. Ta reakcja przeniesieniowa była już uruchomiona, gdy moja ciąża zaistniała w grupie i wierzę, że uczucia tego mężczyzny, dotyczące dziecka we mnie, dołożyły się w pewien sposób do jego, już wówczas, prześladowczej izolacji.

Barbanel [7] naświetla jak ciąża może prowokować głębokie przeniesieniowe zjawiska, które prowadzą pacjenta w okres chaosu oraz, miejmy nadzieję, poprzez analizę do rozwiązania. Jednakże, jeżeli siła ego pacjenta jest mała, może to prowadzić do przerwania leczenia lub nawet, jak w tym przypadku, do zachowań autodestrukcyjnych takich jak samobójstwo.

Zagadnienia przeniesieniowe i uczucia przeciwprzeniesieniowe terapeutki

W celu zmaksymalizowania i rozwinięcia przeniesienia, terapeuta próbuje utrzymać stałe środowisko terapeutyczne. Jednak jest to dążenie perfekcyjne i w przypadku grupy musi być widziane w kontekście rozwijających i zmieniających się relacji, gdy członkowie wchodzą do grupy lub opuszczają terapię. Ciąża analityczki grupowej z pewnością narusza i wpływa na relację terapeutyczną, w praktyce wstrząs przeniesieniowy można porównać do wstrząsu spowodowanego poważną chorobą terapeuty; jednak tematy wywołane ciążą będą odmienne charakterem. Seksualność terapeutki i jej zewnętrzne relacje są wyrażane przez jej stan, ale reakcja każdego pacjenta będzie częścią przeniesienia i będzie odzwierciedlać tę szczególną relację z wewnętrznym obiektem pacjenta. Tak czy inaczej, uważam, że reakcja pacjenta na terapeutkę w ciąży, tworzy uczucia, które mogą i powinny podlegać analizie, sięgającej do przeszłych doświadczeń.

W tym czasie terapeutka ma wiele własnych problemów ze zmieniającą się tożsamością, z którymi musi sobie radzić. Oczekuje przyszłej relacji z nowym dzieckiem, oraz musi także rozważyć zmieniające się konstelacje ról, w których działa, to znaczy żony lub partnerki, matki dla reszty swoich dzieci oraz analityczki grupowej. Wszystkie te role będą współzawodniczyć o jej czas i lojalność. Podczas ciąży zmiany fizyczne wymagają specjalnej opieki i często trudno jest kobiecie, noszącej fartuch terapeuty na to spojrzeć i uświadomić sobie własną podatność na zranienie, która wpływa na nią zarówno emocjonalnie, jak i fizycznie. To wpływa na wszystkie relacje - z innymi profesjonalistami, a także z pacjentami. Nadelson i współpracownicy [5] uważają, że zaprzeczanie terapeutki tym szczególnym potrzebom może karmić jej omnipotentne fantazje. Niebezpieczeństwo tkwi w tym, że będzie radziła sobie z tymi konfliktami biorąc na siebie zbyt wiele pracy. Autorzy podkreślają, że powinna ona rozwiązać te problemy, jeżeli głęboko ukryte pierwotne uczucia jej pacjentów mają być uświadamiane i zanalizowane.

Zazdrość i świadomość nowego znaczenia podatności na zranienie były dwoma zagadnieniami, których byłam najbardziej świadoma w grupie podczas mojej ciąży. Pacjentki zdawały sobie sprawę z zazdrości, ale tak naprawdę w tym czasie nie wyrażały intensywności swojego gniewu. Miałam trudność z uznaniem i zaakceptowaniem troski i zmartwienia ze strony grupy, dotyczących mojego zdrowia i czy ciąża będzie miała normalny przebieg. Z pewnością miało to związek z zagadnieniem omnipotencji, wspólnym wszystkim terapeutom a uświadomienie sobie rzeczywistości miało mnie postawić wobec własnych lęków. Obejmowały one plany, które przedłożyłam grupie na czas po porodzie, wiedząc, że bezpieczne zatrzymanie uczuć było ważne podczas długiej, pięcioletniej przerwy. Jako terapeutka, widziałam moją rolę jako "pojemnika" na te lęki. Jako oczekująca matka musiałam także uświadomić sobie i wyrazić swoje własne uczucia w innym miejscu. Te doświadczenia były do pewnego stopnia odmienne od refleksji grupowych Breen [6], gdy czuła się odrzucona przez grupę, być może dlatego, że ona była koterapeutką. Fakt bycia jedynym terapeutą w grupie pozwolił uniknąć jawnego rozszczepienia, ale z pewnością prowadził do unikania wyrażania uczuć gniewu do czasu, aż to będzie wystarczająco bezpieczne lub terapeutka dość silna, żeby to przyjąć. Połączenie omnipotencji i lęku związanego z byciem "dobrym" kolegą/ terapeutą mogły mnie doprowadzić do błędu zaniechania dalszego wsparcia dla wspomnianego pacjenta borderline, z charakterystycznym problemem rozszczepienia, którego można byłoby "utrzymać" dodatkową pomocą.

Wnioski

Zgadzam się z cytowanymi powyżej autorami, że ciąża terapeutki musi zabarwiać i zmieniać układ terapeutyczny pacjenta. Rezultatem tego wydarzenia w kontekście relacji terapeutycznej może ułatwienie wyrażania wielu problemów wczesnodziecięcych, które muszą być zgłębione w trakcie

leczenia. Do głównych należą tu rywalizacja z rodzeństwem, dążenia edypalne i potrzeba bezpiecznej tożsamości seksualnej. Reakcja pacjenta na ciężę terapeutki odzwierciedla relację z obiektem indywidualnego pacjenta i może z powodzeniem zostać zidentyfikowana w przeniesieniu i przepracowana w zwykły sposób. Jednak aby tego dopełnić i zaoferować siebie jako "optymalny ekran projekcyjny" [2], terapeutka sama musi być świadoma swoich zmieniających się uczuć i reakcji kobiety ciężarnej. Jej zdolność uznania i rozpoznania cudzej zazdrości oraz swojej własnej podatności na zranienie są podstawą, jeżeli ma ona stanąć wobec i zająć się konfliktami lojalności, które pojawią się, jeżeli ma być zarówno matką, jak i terapeutką. Trudności te będą widoczne nie tylko emocjonalnie, ale znajdą także odzwierciedlane w tym, jak praktycznie zorganizuje ona swoją pracę i obowiązki.

Według literatury występuje różnica między reakcjami pacjentów i pacjentek. Według mnie otwarte reakcje mężczyzn w grupie były minimalne, lecz pragnę podkreślić, że wnieśli oni materiał dotyczący ich tożsamości seksualnej i ich dążeń edypalnych w zamaskowany sposób, który był w końcu uświadomiony po urodzeniu dziecka (jak potwierdzają Paluszny i Poznanski, [3]). Zaobserwowana przez Breen [6] reakcja mężczyzn w postaci ucieczki w podgrupę homoseksualną oraz uczucie, że była "wypychana poza grupę", wynikała jak sądzę, częściowo z faktu, iż była jednym z dwóch terapeutów w grupie. W grupie prowadzonej przez Breen i jej koterapeutkę w sposób oczywisty działał mechanizm rozszczepienia. Natomiast ja będąc jedyną terapeutką w grupie, poprzez wyrażenie intencji kontynuowania terapii po narodzeniu dziecka, pozwoliłam, jak sądzę, na wstrzymanie tych silnych uczuć, a w końcu na ich wyrażenie po dłuższym okresie czasu. Było wtedy wystarczająco bezpiecznie, by wyrazić negatywne uczucia. Myślę, że gdy terapeutka staje wobec takiego zagadnienia jakim jest ciąża, powinna zwrócić uwagę na to, że jeżeli terapia nie jest kontynuowana przez koterapeutę, jest istotne, by destrukcyjne uczucia związane z dzieckiem mogły ostatecznie ujawnić się w atmosferze bezpieczeństwa, aby umożliwić reparację.

Warto odnotować reakcję pacjenta z osobowością z pogranicza ze względu na jej intensywności i trudności pomieszczenia uczuć, które powstały. W przypadku tego pacjenta zagadnienie ciąży terapeutki musi być widziane na tle jego stale chaotycznego wewnętrznego życia. Doświadczał on wszelkich zmian dokonywanych przez innych jako prześladowanie i zdradę, co w niektórych przypadkach było niezmiernie trudne dla niego do zniesienia. Ta reakcja stawia terapeutę i grupie poważne wymagania, a te uczucia przeciwprzeniesieniowe nie są oczywiście nowym doświadczeniem dla żadnego terapeuty leczącego pacjentów borderline. Jednak szczególnie intensywne są dla ciężarnej terapeutki, gdy jej stan wywołuje konflikty lojalności, o których już wspomniałam.

Moje doświadczenie doprowadziło mnie do konkluzji, że ciąża analityczki grupowej może być zjawiskiem zarówno twórczym, jak i korzystnym dla pacjentów, stymulując i wzbudzając

konflikty, które mogą być efektywnie wykorzystane w doświadczeniu terapeutycznym. Jednak aby to się udało, terapeutka musi stawić czoła szczególnym fizycznym ograniczeniom i realnym żądaniom emocjonalnym, które ciąży przynosi, a które rzucają wyzwanie jej omnipotentnym fantazjom i pobudzają jej własne, jak również pacjentów, potrzeby zależności.

Piśmiennictwo

1. Hannett, F. Transference Reactions to an Event in the Life of the Analyst. *Psychoanal. Rev.* 1949; 36: 69-81.
2. Lax R. Some Considerations about Transference and Countertransference Manifestations Evoked by the Analyst's Pregnancy. *Int. J. Psychoanal.* 1969; 50: 363-372.
3. Paluszny M, Poznanski E. Reactions of Patients During Pregnancy of the Psychotherapist. *Child Psychiatry Hum. Devel.* 1971; 1: 266-274.
4. Benedek, E. The Fourth World of the Pregnant Therapist. *J. Am. Women's Assoc.* 1973; 28: 365-368.
5. Nadelson C, Notman M, Arons E, Feldman J. The Pregnant Therapist. *Am. J. Psychiatry.* 1974; 131: 1107-1111.
6. Breen D. Some Differences Between Group and Individual Therapy in Connection with the Therapist's Pregnancy. *Int. J. Gr. Psychother.* 1977; 27, 4: 499-506.
7. Barbanel L. The Therapist's Pregnancy. Blum BL. red. *Psychological Aspects of Pregnancy, Birthing and Bonding. New Directions in Psychotherapy*, New York: Human Sciences Press. 1980; Vol. IV: 232-46.
8. Jackel M. Interruptions During Psychoanalytical Treatment and the Wish for a Child. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 1966; 14: 730-735.
9. Jacobson, E. Development of the Wish for a Child in Boys. *Psychoanal. Study of the Child.* 1950; 5: 139-152.
10. Sandler J, Dare C, Holder A. (1973) 'The Basis of the Psychoanalytical Process', in J.Sandler red. *The Patient and the Analyst.*, London: Allen and Unwin.

Niniejszy artykuł ukazał się pierwotnie w czasopiśmie *Group Analysis* [Anderson L. The experience of being a pregnant group therapist. *Group Analysis.* 1994; 27: 75-85.], pierwsze polskie tłumaczenie za zgodą autorki opublikowano w kwartalniku *Psychoterapia* [Anderson L. Terapeutka grupowa w ciąży. *Psychoterapia* 1, 96: 69-77.]. Redakcja *Psychoterapii* wyraziła zgodę na niniejszą publikację.
Tłumaczenie Jerzy A. Sobański, redakcja tekstu 01.11.2005. Katarzyna Klasa.

Zapraszamy Czytelników do dyskusji na naszym Forum - każdy publikowany artykuł otrzymuje własny wątek dyskusyjny - dla pierwszego artykułu jest to:

http://www.psychiatriapsychoterapia.pl/index.php?a=forum_list&p=view&id=138

Jerzy A. Sobański
Redaktor Naczelny